

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 22

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MUNZ

Né le 14 mars 1909, à Arad (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS MUSCULAIRES

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MUNZ

Né le 14 mars 1909, à Arad (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS MUSCULAIRES

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR B. CUNÉO

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien recevoir l'hommage
respectueux de ma profonde reconnais-
sance.*

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ SICARD

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté

*Qui m'a suggéré le sujet de ce travail.
Qu'il veuille trouver ici le témoignage de
ma vive gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. TROISIER

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES PARENTS

*Bien faible hommage de reconnaissance
pour leur tendresse infinie et pour les sacrifices constants qu'ils se sont imposés.*

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS MUSCULAIRES

INTRODUCTION

Nous ne décrivons dans cette étude que les abcès musculaires proprement dits, appelés souvent « primitifs » ou dénommés également « myosites suppurées spontanées », mais qui — comme nous le verrons — ont presque toujours une cause quelconque, une porte d'entrée plus ou moins évidente, plus ou moins facile à démontrer.

Ces abcès musculaires dits spontanés sont peu fréquents : on en a cependant observé quelques cas intéressants, rapportés devant la Société Nationale de Chirurgie. Nous publierons quelques-unes de ces observations à la fin de cet ouvrage, ainsi qu'un cas inédit que nous avons observé dans le service de M. le professeur Cunéo, à l'Hôtel-Dieu.

Nous passerons donc sous silence toute une catégorie de myosites, survenant à la suite des plaies exposées et infectées des muscles ou à la suite de phlegmons des membres, d'une ostéomyélite aiguë ou d'une fracture ouverte. Les abcès dus à un

traumatisme ou ceux qui apparaissent dans un hémato-
me sortent également du cadre de notre étude.

D'autre part nous laisserons de côté les différents
types de myosites diffuses ne s'occupant que des
seules myosites *circonscrites*.

ÉTIOLOGIE

Les abcès des muscles « spontanés », les myosites suppurées « primitives » ne sont pas spontanés ou primitifs au sens propre du mot. Les germes qui déterminent la suppuration proviennent d'un autre foyer qui peut être plus ou moins apparent. En réalité, il s'agit donc toujours — même si la porte d'entrée est introuvable — d'une infection *métastatique* dont le mécanisme est plus ou moins facile à démontrer suivant les cas.

La porte d'entrée de l'infection est des plus variables ;

1° La cause peut être plus ou moins *évidente*. Il s'agit alors soit d'une infection générale, soit d'une infection locale.

a) L'INFECTION EST GÉNÉRALE. — Habituellement c'est au cours d'une *fièvre typhoïde* (Sabrazès) que l'abcès apparaît dans un muscle, le grand droit de l'abdomen par exemple. L'apparition du foyer de myosite suppurée dans cette affection est grandement facilitée par l'existence préalable de la dégénérescence cireuse de la fibre musculaire.

L'infection puerpérale, l'érysipèle peuvent se compliquer également d'abcès musculaire.

Dans tous ces cas l'abcès apparaît souvent comme providentiel, comme un véritable abcès de fixation spontané.

Nous rangeons dans cette catégorie de faits la myosite *blennorragique* qui peut apparaître au cours même d'un traitement d'une urétrite gonococcique. Ainsi *Vassitch* a publié un cas de polymyosite gonococcique (v. obs. n° 4), où le résultat de la thérapeutique a bien démontré la nature de l'abcès.

b) L'INFECTION EST LOCALE. — La porte d'entrée de l'infection peut être réellement évidente ; mais très souvent elle est fort difficile à préciser. S'il existe une *amygdalite aiguë*, un *panaris*, des *furuncles* ou des *pustules d'acné* évidents, le diagnostic s'impose. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le diagnostic reste hésitant. Il faut aller alors à la recherche de la porte d'entrée des germes, qui peut être bien minime : simple *furoncle* caché dans un endroit éloigné de la future myosite, *abcès dentaire*, négligeable *tourmole*. Hallé et Rudeaux ont signalé un cas où un *impetigo* du cuir chevelu avait été le point de départ de l'infection (v. obs. n° 6).

C'est dans ce groupe que nous rangeons également certains abcès profonds des masses musculaires des membres et du tronc, observés chez les *coloniaux* et surtout chez les indigènes (avec moins grande fréquence chez les Européens). Ces abcès, habituelle-

ment multiples, ont paru si particuliers à certains médecins coloniaux qu'ils voulaient en faire une affection spéciale aux pays chauds (appelée pyomyosite par les uns, polymyosite ou myosite purulente tropicale par d'autres). Mais cette prétendue myosite tropicale n'est autre chose qu'une staphylococcie (Botreau-Roussel, Huard, etc.), à l'origine de laquelle on trouve habituellement une porte d'entrée, comme chez le malade de Huard qui avait eu une furonculose récente (v. obs. n° 3).

2° La cause peut rester inconnue, malgré toutes les recherches et tous les examens, donc en apparence « primitive ». On étiquette souvent alors ces myosites d'*abcès idiopathiques*. Il y a dans ces cas quelquefois un rôle prédisposant des petits trauma professionnels (chez le forgeron par exemple), avec formation de petits hématomes interstitiels.

L'infection peut se faire *par voie sanguine*, la cause restant toujours inconnue. Il y a alors septicémie au sens propre du mot, ce qui fait comprendre sa gravité (v. obs. n° 1).

Bactériologie.

Abrami et Worms ont montré que la myosite *staphylococcique* (staphylocoque doré surtout) est la plus fréquente des abcès musculaires : sur 63 cas de myosites qu'ils ont relevés, on trouve 51 infections à staphylocoques pour 12 infections à *streptocoques*.

A. Martin a trouvé ces derniers dans une myosite post-scarlatineuse.

On a trouvé quelquefois le pneumocoque, le colibacille (v. obs. n° 8) et même le pyocyanique, cocci et bacilles divers. Le bacille d'Eberth a été retrouvé chez les typhiques.

Exceptionnellement l'abcès est d'origine mycosique (Moure).

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux notions d'une grande importance sont à connaître en matière de chirurgie musculaire (R. Suc.) :

1^o Le muscle possède une importante charpente conjonctivale, en même temps qu'un riche dispositif vasculaire ;

2^o La marge des oscillations du régime circulatoire est très étendue dans ce tissu.

De ces deux notions découle la constatation clinique de la rareté des infections musculaires.

La pénétration des germes pathogènes dans un corps musculaire déclenche son inflammation. Le processus inflammatoire est un phénomène de vasodilatation active. Or, il n'existe histologiquement des vaisseaux si petits soient-ils qu'il n'y ait un substratum conjonctif, ce tissu étant le vecteur de la circulation dans l'économie.

Le muscle, organe à grandes capacités circulatoires, traduira le plus souvent son inflammation par des perturbations sanguines bien spéciales déterminant

la souffrance du tissu conjonctif : suppuration, nécrose, sclérose.

L'abcès musculaire se rencontre surtout au niveau des muscles qui travaillent le plus : les pectoraux, le soléaire, le biceps, le deltoïde, les fessiers, le grand droit de l'abdomen, le psoas. Les abcès du quadriceps, des adducteurs sont fréquents. Chez l'enfant on a signalé des abcès symétriques développés dans les muscles de la face postérieure de la jambe (v. obs. n° 9). Métivet a rapporté des cas d'abcès du sternomastoïdien et de la musculature linguale.

Le volume de ces abcès est des plus variables : ils peuvent être de la dimension d'une orange jusqu'à celle d'une noisette.

Le foyer de suppuration musculaire se présente comme une tumeur molle, brunâtre et dans le pus on trouve des faisceaux musculaires dégénérés de couleur jaunâtre.

Au point de vue *histologique* le processus commence par une inflammation interstitielle, caractérisée par l'infiltration leucocytaire et par une forte congestion. Mais les fibres striées elles-mêmes sont bientôt atteintes entrant soit en dégénérescence cireuse, soit se fragmentant en segments irréguliers. Après
Durante les fibres musculaires sont tuées en bloc dans les formes très aiguës. Par contre les formes subaiguës sont caractérisées par une multiplication abondante des noyaux du sarcolemme, ce qui ne s'observe guère dans la forme précédente.

Le pus est jaune brunâtre, et cette couleur est due

aux débris de fibres musculaires d'une part et aux hémorragies qui se produisent à la surface de la paroi de l'abcès d'autre part.

Enfin comme le muscle sain réagit autour du foyer de suppuration, on assiste à la production d'une sorte de coque fibreuse, enkystant plus ou moins l'abcès musculaire.

III

ÉTUDE CLINIQUE

Nous décrivons uniquement la *myosite suppurée circonscrite*, qui sera selon la virulence du germe, le terrain sur lequel il se développe ou le mode d'infection, aiguë, subaiguë et torpide-froide. Il peut y avoir des abcès uniques ou multiples suivant les cas. Ces derniers sont peut-être les plus fréquents.

a) **Forme aiguë.**

Apparaît généralement au cours d'une fièvre typhoïde ou comme la complication d'un avortement d'un accouchement, etc. L'abcès musculaire n'est dans ce cas qu'une localisation au cours d'une septicémie. L'état *pyohémique* domine alors l'évolution clinique de l'infection, on découvre par hasard, à l'occasion d'un examen, d'un déplacement du malade une masse douloureuse de myosite suppurée.

Il existe des formes évoluant très rapidement et à grand bruit, avec frissons répétés, fièvre élevée et pouls petit et rapide. La coexistence fréquente de

l'agitation et du délire font quelquefois porter un diagnostic erroné.

Dans tous les cas le pronostic est grave, et le malade peut mourir rapidement malgré l'incision de la collection, avec altération du facies qui devient plombé, bistre, pâle, bleuâtre. L'hémoculture peut être positive avec des staphylocoques dans le sang (v. obs. n° 1).

Il est cependant fréquent de voir des formes aiguës à évolution favorable, avec des signes généraux de début atténués, la température atteignant à peine 38°-38°5. La tuméfaction est à peine appréciable au début, il n'y a pas de déformation, mais on provoque à la palpation une légère réaction douloureuse sur une peau de teinte normale ou un peu rosée et œdématisée. Le muscle est en état de *contracture*, immobilisé, rétracté, déterminant une attitude fixe selon le muscle atteint (adduction du bras pour le grand pectoral, flexion-abduction de la cuisse pour le psoas).

Les jours suivants l'abcès devient évident : la tuméfaction est plus marquée, il y a une masse empâtée, d'une *dureté ligneuse*, douloureuse au toucher. La température s'élève de plus en plus, l'abcès se ramollit et fluctue. La collection se forme assez lentement ; on peut voir fréquemment la partie centrale dépressible, tandis que la zone périphérique reste indurée.

b) Forme subaiguë.

La forme subaiguë sans grande réaction générale, avec formation de l'abcès en quelques jours et guérison rapide après évacuation du pus est la plus habituelle des myosites suppurées.

Il existe une variété où le début rappelle celui de la forme aiguë, mais où les phénomènes locaux s'amendent vite : on sent la masse intra-musculaire sur laquelle glissent les téguments, avec une douleur peu vive, puis inexistante. Le muscle n'est pas contracturé, car indolore, les mouvements des membres sont possibles. La tuméfaction persiste pendant des semaines avec possibilité des réveils passagers de l'infection, disparaissant avec le repos, avec des révilés et on devra toujours inciser l'abcès.

c) Forme torpide-froide.

Cette forme, très intéressante, est la plus fréquente avec la forme précédente et il est même possible qu'elle soit encore plus fréquente et sa rareté relative s'expliquerait par la difficulté de diagnostic qu'elle présente.

L'abcès se développe sans signes généraux et locaux, avec évolution très longue (pendant des semaines et même des mois). Il est souvent difficile à le reconnaître au milieu des masses musculaires indurées et sclérosées.

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes dans ce cas : à la période de début où il n'existe qu'une induration diffuse, on pense à un *sarcome* musculaire ; quand l'abcès devient évident, c'est-à-dire quand on trouve une masse fluctuante dans l'épaisseur du muscle, on croit à une *gomme tuberculeuse* en voie de ramollissement (v. obs. n° 9) : seul l'examen bactériologique montrera une infection, le plus souvent à staphylocoque.

IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est à faire dans trois conditions : il s'agit soit d'une infection à évolution aiguë, soit d'une infection à évolution lente, soit que la tuméfaction passe inaperçue.

1^o IL S'AGIT D'UNE INFECTION A ÉVOLUTION AIGUE : ON élimine rapidement les infections sous-cutanées et on s'assure qu'il s'agit d'une infection profonde.

Il faut rechercher dans les antécédents une blennorrhagie, ou une infection atténuée, une furonculose, abcès dentaire, panaris, dermatoses, érysipèle.

S'il s'agit d'un abcès du *psoas*, il faudra rechercher la douleur lombaire, la douleur localisée à la pression dans l'angle costo-lombaire et l'empâtement lombosiliaque, car un *phlegmon périnéphrétique* peut coexister avec l'abcès du *psoas*, celui-ci apparaissant le plus souvent comme une complication du premier, bien que le contraire soit également possible.

Inversement, il faut chercher en cas de phlegmon périnéphrétique isolé, s'il n'existe pas un abcès du *psoas*, dont la présence se traduit par l'impossibilité

ou la difficulté de l'extension et de l'adduction de la cuisse (absence de ce signe en cas de phlegmon seul).

Chez un enfant ou un adulte jeune, on songera tout d'abord à l'*ostéomyélite* (v. obs. n° 7), mais la tuméfaction n'est pas osseuse ; elle est intramusculaire, localisée, entourée d'une zone indurée, il n'existe pas de point osseux, on est loin du squelette. En plus l'abcès s'immobilise dans la contraction du muscle. Mais les signes ne sont pas toujours aussi schématiques et il y a des cas où seule l'intervention montre que l'os est indemne. Ainsi Phillips a rapporté cinq observations d'abcès de la cuisse où quatre fois le diagnostic d'ostéomyélite a été porté, le véritable foyer de suppuration n'ayant été reconnu qu'après incision.

2° IL S'AGIT D'UNE INFECTION A ÉVOLUTION LENTE : le diagnostic peut être plus délicat.

On peut penser à une *gomme tuberculeuse* ; l'évolution est torpide et la radiographie ne décèle aucune lésion osseuse ; s'il s'agit d'un petit enfant la cuti-réaction peut avoir sa valeur. Mais le diagnostic ne se fera qu'après ponction exploratrice de la collection et examen bactériologique.

Si l'abcès est dur, une sclérose s'étant constituée autour du foyer, l'erreur est facile avec la gomme syphilitique ; mais les réactions sérologiques et le traitement d'épreuve feront le diagnostic.

Dans les formes torpides indolores on pourrait croire à un *fibrome* musculaire, et on conçoit facile-

ment que le diagnostic n'est guère possible qu'après l'opération.

Ou bien il y a une masse sous-aponévrotique, indurée, indolore, pouvant faire croire à un *sarcome* musculaire. Ainsi dans un cas de myosite suppurée chronique le Professeur Lenormant a cru à un sarcome (v. obs. n° 5) et c'est seulement au cours de l'intervention qu'il a reconnu la nature exacte de la lésion.

Enfin il est bien évident que dans les *mycoses* (un cas de sporotrichose observé par Moure), la culture seule montrera la nature de l'abcès.

3° PARFOIS LA TUMÉFACTION PASSE INAPERÇUE : et on ne s'occupe que de la septicémie évidente ; il s'agit alors de complications septico-pyohémiques de l'avortement, de l'accouchement, de la fièvre typhoïde. Quelquefois on a confondu la myosite suppurée des typhiques (muscles abdominaux) avec les perforations intestinales.

TRAITEMENT

La ponction de l'abcès est insuffisante, parce qu'il y a des lésions musculaires du tissu détruit qui ne pourront pas s'éliminer de cette façon.

Si l'on pratique l'incision simple, les phénomènes cèdent, mais la suppuration est interminable ; il reste une cicatrice adhérente causant de la gêne fonctionnelle.

Bazy, Martin et Picot préconisent l'excision de la poche en passant en tissu sain. Selon Martin cette méthode semble donner les guérisons les plus rapides. Elle consiste dans l'excision de l'abcès pratiquée de la même manière que pour une plaie de guerre, on lave à l'éther, et on suture sur un drainage aux crins.

En 1931, Huard a envisagé la suture secondaire précoce dans les conditions suivantes :

1^o L'incision de l'abcès doit être faite d'une façon absolument aseptique, il n'y a que dans ces conditions que la suture aura des chances de succès. Le nettoyage mécanique aux ciseaux et au bistouri des

séquestres musculaires et des parties nécrosées est capital. Le pus doit être évacué le plus complètement possible, et, si l'on peut, avec un aspirateur électrique. L'hémostase doit être parfaite, car le sang est un milieu de culture redoutable ;

2° L'opération terminée on passe à travers peau et muscles plusieurs gros crins, mais sans les nouer. On draine, et s'il y a besoin, on installe un système d'irrigation discontinue ;

3° Si l'opération a été bien conduite et si les circonstances sont favorables, le drain donnera non pas du pus, mais une sérosité aseptique, contenant des polynucléaires. On noue alors les crins, sans trop s'inquiéter de la température (cette suture doit être faite cependant avant le huitième jour). Si, au contraire, ce n'est pas un exsudat aseptique, mais du pus que les drains vont évacuer et si les signes cliniques de l'infection persistent, la suture est contre-indiquée.

Or actuellement Huard croit possible même la suture primitive (sur drain), immédiatement après évacuation de l'abcès, même en période fébrile aiguë, à condition de s'aider de la vaccination et du bactériophage, et aussi de l'insulinothérapie qui d'après les travaux récents trouverait son indication dans toutes les staphylococcies.

Il y aurait peut-être quelques réserves à faire sur cette méthode et selon le Professeur Lenormant le large drainage suivi éventuellement de suture secon-

daire serait une pratique plus prudente et plus sûre que la réunion immédiate des foyers de suppuration.

On pourra en tout cas utiliser des sérums ou vaccins spécifiques, des auto-vaccins, du propidon.

S'il s'agit d'une forme aiguë grave, c'est l'état septicémique qu'il faut traiter en plus du traitement local. (Nous rappelons à ce propos que l'abcès musculaire apparaît souvent comme un véritable abcès de fixation). On soutiendra le malade par des tonocardiaques, adrénaline ou extrait surrénal, suivant le cas. Des injections de métaux colloïdaux, de septicémine, de tryptaflavine, la transfusion sanguine, seront pratiquées. Les différentes méthodes de séro- et vaccinothérapie (propidon), d'autohémothérapie, de protéinothérapie pourront être également utilisées.

Au cas d'abcès mycosique, le traitement ioduré est un adjuvant indispensable.

VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(obs. personnelle recueillie dans le service
de M. le Professeur B. Cunéo).

Mme D..., 52 ans, a eu il y a un mois une grippe, dont elle s'est incomplètement remise.

Souffrant depuis une huitaine de jours de son bras gauche, elle entre le 23 novembre 1933 dans le service du professeur Cunéo à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen on constate que les mouvements d'extension et de flexion du bras sont douloureux. Au niveau de la partie postérieure il existe une masse assez mal limitée, à peine douloureuse à la pression, fluctuante, sans modification de la peau, et qui s'immobilise dans la contraction du triceps. L'aisselle est le siège de petits ganglions mobiles, peu douloureux.

On ne trouve aucune plaie, aucune trace d'infection au niveau de la main et des doigts.

A la face interne de la cuisse droite, existe d'autre part un empâtement diffus des muscles adducteurs avec rougeur de la peau et adénopathie inguinale.

La malade présente un aspect d'infectée ; sa température est

entre 38° et 39°. Il existe du subictère des conjonctives et un état de prostration assez accentué. Les urines sont normales ; les régions lombaires sont souples. La région sacrée est rouge et prête à s'escarrifier. Le diagnostic d'abcès musculaires est porté ; le point de départ n'est pas net. Seul l'état grippal précédant de quelques semaines le début des accidents peut être retenu dans les antécédents.

Différents examens sont pratiqués :

1° *Radiographie de l'humérus* : aspect normal de l'os.

2° *Numération globulaire* :

globules rouges.....	3.080.000
globules blancs.....	7.000

3° *Réaction de Hecht* }
Réaction de B. W. } négatives.

4° *Séro-diagnostic de Widal* : Eberth }
Para A } pas d'agglutination
Para B }

5° *Hémoculture* : présence des *staphylocoques*.

L'incision des deux abcès est faite et donne issue à du pus, qui est relevé pour examen bactériologique. Celui-ci montre à l'examen direct des polynucléaires en complet état de désintégration, des cocci Gram positifs. La culture décèle la présence de *staphylocoques dorés*.

Après l'incision, la température se maintient élevée. Des frissons apparaissent et une escarre sacrée se développe. La septicémie, le synthol intra-veineux restent sans efficacité, et la malade meurt le 7 décembre 1933.

OBSERVATION N° 2

M. le Professeur Cunéo (*Bull. et Mém. Soc. nat. chir.* 1^{er} avril 1933) a observé un cas d'abcès subaigu développé dans le quadriceps: il s'agissait d'un colonial d'une cinquantaine d'années ayant eu du paludisme. Ce malade présentait une masse développée dans l'épaisseur du quadriceps. Cette masse n'adhérait pas à l'os, mais se fixait par la contraction musculaire. D'abord indurée, la tuméfaction se ramollit et devint fluctuante, et en raison d'une température d'ailleurs modérée (37°9-38°2) on fit le diagnostic d'abcès chaud, indépendant de toute lésion osseuse. On incisa cet abcès qui contenait un pus peu épais, dans lequel l'examen bactériologique fit découvrir la présence du staphylocoque. On ne put découvrir aucune étiologie précise, ni piqûre, ni traumatisme pouvant faire-penser à un hématome suppuré. Il s'agissait donc d'un abcès idiopathique développé dans le quadriceps.

OBSERVATION N° 3

Il s'agit d'un Sénégalais de 21 ans, évacué d'Algérie avec le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse de l'aine gauche, entré à l'hôpital le 1^{er} octobre 1931. C'était un sujet très amaigri, malade depuis deux mois et porteur d'une tuméfaction située au niveau de la pointe du triangle de Scarpa. Cette tuméfaction, froide, dure, fait un relief de largeur d'une paume de main immédiatement en dehors des battements des vaisseaux fémoraux. Elle donne, à un examen minutieux, la sensation très nette de fluctuation profonde. Cependant, plusieurs ponctions ne ramènent qu'un peu de sang. La lésion n'a aucun rapport avec

les vaisseaux, les nerfs ou le squelette de la cuisse. Il existe à la racine des deux cuisses de nombreux petits ganglions inguino-cruraux, comme cela est très fréquent chez les indigènes, mais ces ganglions sont nettement isolés de la tuméfaction ; cliniquement celle-ci siège dans le quadriceps.

Pas de fièvre. La formule sanguine est sensiblement normale.

Dans les antécédents, on note une longue période fébrile et *éruption de nombreux furoncles*, dont les cicatrices sont visibles, et dont le malade se souvient fort bien.

Opération le 8 octobre sous rachi-anesthésie ; incision exploratrice parallèle aux vaisseaux fémoraux, mais un peu déjetée en dehors par rapport à eux. On reconnaît le paquet vasculaire, qui est sain, et on met à nu le bord interne du vaste interne. Ce muscle n'a ni sa couleur, ni sa consistance, ni son élasticité habituelles. Il est lardacé, amiantacé, grisâtre ; il ne réagit pas aux excitations de la pince à disséquer ; il est dur et ligneux. Une incision est faite au travers du muscle malade ; à une profondeur d'environ deux travers de doigt, on tombe sur une poche de pus vert, d'apparence froide. La poche purulente est vidée à l'aspirateur électrique, asséchée et nettoyée. Elle est uniloculaire, parfaitement close et sans rapport avec le fémur. Un fragment important du muscle malade est réséqué. Puis après mise en place d'un petit drain médian, on fait une suture totale par des crins capitonnant la poche purulente et noués sur la peau.

Les *suites opératoires* sont apyrétiques et la cicatrisation se fait après un léger suintement, en moins de 15 jours.

Le malade soumis à des injections d'insuline s'engraisse très rapidement, et après une mise en observation prolongée durant trois mois, sort de l'hôpital complètement guéri.

Voici le détail des examens de laboratoire qui ont été faits :

1^o Examen direct et culture du pus prélevé au cours de l'intervention : il s'agit uniquement de staphylocoque blanc à l'état pur;

2^o Inoculation au cobaye d'un échantillon de pus et de muscle prélevés opératoirement : l'animal, sacrifié au bout de 45 jours, n'a présenté aucune lésion d'ordre tuberculeux;

3^o Examen anatomo-pathologique d'un fragment du muscle :

a) pas de germe sur les coupes colorées,

b) œdème interfasciculaire important, riche en cellules diapédétiques qui infiltrèrent considérablement le tissu conjonctif ; les leucocytes s'organisent en certains points, créant presque des petits abcès et on note une certaine tendance à la nécrose. Les parois des vaisseaux sont épaissies et infiltrées,

c) l'infiltration du tissu conjonctif déborde largement ce dernier jusque dans les interstices des fibres musculaires et forme à leur intérieur de petits nodules infectieux. L'inflammation a gagné le muscle proprement dit ; les fibres sont dissociées ; en certains points, elles se résorbent et disparaissent ; il y a remplacement des myofibrilles par du tissu granuleux. Donc myosite inflammatoire (Huard, *B. et M. Sc. nat. chir.*, 19 nov. 1932).

OBSERVATION N^o 4.

Le malade, âgé de 30 ans, garde-chasse, est traité depuis 2 mois pour une urétrite gonococcique (la 3^e en 10 ans). Il y a 10 jours, il fut pris, à la suite d'un accident de rétention aiguë d'urine, de douleurs au niveau de la région du temporal gauche, dans la région sous et para-ombilicale droite et au niveau du bord inférieur de la paroi postérieure de l'aisselle gauche. En moins de 24 heures la douleur est suivie d'apparitions nodulaires

de dimensions variées au niveau de ces localisations, sans température appréciable et sans signes généraux importants.

Seule la tuméfaction du temporal rétrocede rapidement, en 4 à 5 jours, au point qu'on n'en retrouve à l'examen que des traces ; il n'en est pas de même des 2 autres encore très volumineuses lors de l'examen.

Entre temps, de nouvelles localisations aux 2 quadriceps font leur apparition, immobilisant complètement le malade. C'est alors seulement qu'on le voit.

A l'examen on se trouve en présence d'un malade se déplaçant avec difficulté mais sans phénomènes généraux autres qu'une courbature et lassitude d'ailleurs peu accusées. On note au niveau du temporal gauche une souplesse moindre qu'à droite. Par contre, au niveau du bord inférieur de la masse musculaire de la paroi postérieure de l'aisselle une tuméfaction de la dimension d'un grand œuf est facilement perceptible. Douleuruse, mal limitée, très dure, elle se trouve immobilisée lors de la contracture des grands dorsaux et grand rond, reprenant sa mobilité dès le relâchement. Le *grand droit de l'abdomen* présente à l'union de son tiers inférieur et de ses deux tiers supérieurs non loin et à droite de l'ombilic, une masse de volume d'une petite noix peu mobile dans le sens transversal, non mobilisable dans le sens vertical, assez bien limitée, douloureuse et très dure, s'immobilisant lors de la contracture de la paroi abdominale. Il n'y a aucune modification cutanée, pas plus dans sa consistance que dans sa coloration et sa mobilité sur les plans profonds. Enfin une grosse tuméfaction est décelable au niveau de chacun des 2 quadriceps, à leur tiers moyen et plus particulièrement localisée au *droit antérieur*. De beaucoup la plus importante, la gauche affecte un aspect allongé, fusiforme,

atteignant 10 centimètres de longueur contre 6 à 7 à droite et 4 à 5 de diamètre des deux côtés. Très douloureuse elle est difficilement palpable, mal limitée, à bords infiltrés ; on peut néanmoins la saisir, le muscle en relâchement et la voir s'immobiliser lors de la contraction du quadriceps. Celle-ci est difficile à obtenir, douloureuse et aboutit à une véritable impotence fonctionnelle, de beaucoup supérieure à celle provoquée par les autres localisations.

En raison des antécédents, le diagnostic s'impose et on fait instituer immédiatement une vaccination antigonococcique. La douleur cède rapidement, dès la deuxième injection, les tuméfactions suivent une évolution régressive pour disparaître au bout de 10 à 12 jours dans l'ordre de leur apparition. La plus longue dans son évolution est celle du quadriceps gauche qui met une vingtaine de jours à se résorber, gardant, malgré une indolence absolument complète, une consistance dure, cartonnée. Quatre semaines après la première consultation, il ne reste plus trace de ces localisations musculaires. Le malade reprend ses fonctions, se livrant aux travaux des plus fatigants sans difficulté.

Aucune autre localisation n'a plus été notée.

Il s'agissait en somme d'une myosite ou plutôt d'une polymyosite dont l'origine ne fait guère de doute, étant donné les antécédents et l'effet du traitement (Vassitch, *B. et M. Soc. Nat. Chir.*, 3 juin 1933).

OBSERVATION N° 5.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, de nationalité russe, mais ayant toujours vécu en Europe. Il entra à l'hôpital en avril 1931,

pour une tumeur siégeant à la région antérieure de la cuisse droite ; cette tumeur de consistance ferme, dure, nullement fluctuante, paraissait faire corps avec le quadriceps, mais se mobilisait sur le fémur ; elle s'étendait de l'articulation du genou à la partie moyenne de la cuisse ; au-dessus le muscle reprenait sa consistance normale. La peau, un peu œdématiée, adhérait à la tumeur. Indolence complète : intégrité de mouvements de l'articulation du genou, malgré l'existence d'un léger épanchement (choc rotulien). A la radiographie le fémur paraît normal.

Pensant à une tumeur musculaire probablement sarcomeuse, on intervint pour faire une biopsie. On incisa sur le devant de la tumeur : la peau était normale, mais l'aponévrose très épaissie ; on excisa un fragment en coin du muscle sous-jacent, pénétrant en profondeur jusqu'à l'os ; le tissu musculaire était dur, d'aspect entièrement fibreux, criant sous le bistouri. A la limite supérieure de l'incision apparaît une trainée d'aspect fongueux : en prolongeant l'incision de ce côté on pénètre dans une vaste poche tapissée de fongosités et contenant un liquide séro-purulent ; cette poche remonte, en contournant la face externe de la cuisse jusque vers la région trochantérienne ; elle s'enfonce dans l'épaisseur du quadriceps, entre le droit antérieur et le crural. En aucun point, le fémur n'est dénudé. Un fragment de la paroi de la poche est enlevé pour examen histologique ; la cavité est nettoyée à la compresse et drainée. Suture des muscles et de la peau.

La cicatrisation s'est faite progressivement et le malade quittait l'hôpital, complètement guéri, au bout de six semaines.

L'examen histologique a donné les résultats suivants :

1^o Paroi de la poche suppurée : aucun caractère d'une inflam-

mation spécifique, telle que la tuberculose ; il s'agit d'une inflammation subaiguë à polynucléaires et plasmocytes, de caractère banal.

2^o Fragment prélevé sur le muscle quadriceps : les fibres musculaires sont rares, étouffés dans un tissu fibreux très dense, avec des trainées inflammatoires et des manchons plasmocytaires autour des vaisseaux (Lenormant, *B. et M. Soc. Nat. Chir.* 19 décembre 1932).

OBSERVATION N^o 6

Il s'agit d'une fillette de 5 ans, qui présente une maladie aiguë, fébrile. Les membres inférieurs sont contracturés dans l'attitude typique d'une maladie de Little. Les reliefs musculaires, douloureux au palper, sont anormalement saillants et leur relief s'exagère encore aux efforts. La main perçoit dans ces masses musculaires des indurations profondes. Par moment surviennent des crises de contracture douloureuse comme dans un tétanos localisé aux membres inférieurs. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. L'évolution démontra une polymyosite aiguë infectieuse : la fièvre tombe, les crises de contracture s'espacent et les masses intra-musculaires, de plus en plus perceptibles, dominent la scène. La plupart se résorbent, mais l'une d'elles grossit et un abcès contenant du staphylocoque doré à l'état pur s'ouvre à la partie externe de la cuisse gauche. Un impétigo du cuir chevelu aurait été le point de départ de l'infection.

Le traitement consista en gardénal, enveloppements et grands bains chauds (Hallé et Rudeaux, *Pédiatrie*, fév. 1932).

OBSERVATION N° 7

Un enfant de 5 ans entre à l'hôpital le 18 janvier 1933 pour une douleur de la cuisse droite. Ces douleurs qui datent de quelques jours ne sont pas très marquées, puisque l'enfant se promène. Sa mère raconte que 30 jours auparavant il est tombé sur la cuisse droite. Il n'en a, cependant, sur le moment, ressenti aucune douleur, ni aucune gêne. Le mois précédant sa chute, cet enfant avait fait une poussée de furonculose.

Quinze à vingt jours après l'accident, l'enfant commence à boîter et à souffrir.

Lorsqu'on examine cet enfant qui présente, à la face externe de la cuisse droite, profondément placée une tuméfaction assez dure, mais fluctuante, on pense d'emblée à une ostéomyélite du fémur, car la température est à 38°5.

On incise cette collection qu'on trouve en plein muscle et loin du fémur. Elle contient un pus rougeâtre, épais, avec, en suspension dans le pus, quelques débris musculaires sphacelés. La cicatrisation se fait rapidement et l'enfant quitte l'hôpital le 29 janvier, soit jours 12 plus tard, complètement cicatrisé. La radiographie montre que le fémur est intact.

On trouve donc ici l'antécédent d'une furonculose, mais il semble bien que le traumatisme a eu une action localisatrice indiscutable (Picot : *B. et M. Soc. Nat. Chir.*, 1^{er} avril 1933).

OBSERVATION N° 8.

Un garçon de 12 ans est amené pour des douleurs abdominales violentes datant de 8 jours, accompagnées de phénomènes

généraux accusés; température à 39°5, pouls rapide, vomissements, diarrhée profuse. Une tuméfaction para-ombilicale a été remarquée par les parents 4 jours après le début des premiers signes.

L'examen montre en effet l'existence d'une tuméfaction para-ombilicale droite, intéressant même les plans cellulo-cutanés sous forme d'un placard de dimensions d'une paume de main. La peau déjà rouge est indurée dans la zone périssphérique, fluctuante au centre. Pas de modification de consistance décelable lors de la contraction musculaire.

On signale également une *chute* d'un lieu élevé (un arbre) datant de 3-4 mois.

Intervention sous-anesthésie générale : une incision verticale para-ombilicale droite ouvre une collection purulente, fétide, ayant déjà envahi les plans cellulaires et à point de départ intramusculaire. Curetage, mèche.

Suites opératoires sans incidents. L'enfant sort guéri une quinzaine de jours après.

L'examen du pus montre des streptocoques associés au colibacille (Yovtchitch et Vassitch: *B. et M. Soc. Nat. Chir.*, 6 juin 1933).

OBSERVATION N° 9.

Picot a rapporté (*B. et M. Soc. Nat. Chir.*, 1^{er} avril 1933) le cas d'un enfant de 7 ans, entré à Bretonneau pour un abcès d'allure froide des deux mollets.

Le début n'en pouvait être précisé tant il avait été torpide, l'enfant ne souffrait pas, ne boîtaît pas et était venu à pied à l'hôpital. On constate alors dans les jumeaux de chaque côté, la présence d'une tuméfaction fluctuante, indolore, entourée d'une

coque dure, et on pense à des abcès froids bacillaires d'origine gommeuse, la radiographie ne montrant aucune lésion osseuse.

On apprend que cet enfant avait eu quelques semaines auparavant une éruption furonculaire assez tenace et qui avait duré longtemps. Mais on n'a pris cet antécédent en considération et on décide d'opérer l'enfant par l'extirpation pure et simple de ces abcès froids. On commence par le côté droit. Au cours de l'opération, la collection est ouverte et il s'échappe un pus un peu épais, jaunâtre. La poche est nettoyée des débris qu'elle contient, le muscle est bien mis à nu par la dissection et on efface la cavité par des crins passés profondément.

Les suites sont simples : une légère rougeur autour des crins qui coupent un peu, mais la cicatrisation est obtenue complète en quelques jours. Pendant ce temps on apprend que le pus de cet abcès n'est pas tuberculeux. C'est une suppuration à polynucléaires et à staphylocoques dorés.

Après guérison du côté droit, on opère le côté gauche de la même façon et l'enfant guérit rapidement.

CONCLUSIONS

1° Les abcès musculaires sont le fait d'une infection métastatique plus ou moins facile à démontrer suivant le cas.

2° L'agent causal habituel est le staphylocoque doré.

3° La grande majorité des abcès musculaires présente une évolution torpide, apyrétique, à tendance plutôt subaiguë ou chronique.

4° La confusion est facile avec l'ostéomyélite s'il s'agit d'une forme aiguë, avec une gomme tuberculeuse ou avec un sarcome si l'on est en présence d'une forme torpide. Le diagnostic ne peut être fait dans ces cas qu'à l'intervention et après examen bactériologique.

5° Au point de vue thérapeutique la ponction est insuffisante, il faut pratiquer l'incision de la collection.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Barney (J. D.).* — Psoas abscess of pyogenic origin (New England J. Med., 11 mai 1933).
- Cunéo (B.).* — Abscès des muscles (Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, t. LIX, n° 12, 1^{er} avril 1933).
- Föderl (V.).* — Wochenbettfieber mit zahlreichen Muskelabszessen (Wiener klin. Wochenschrift, 9 octobre 1931).
- Froelich et Corret.* — Abscès des muscles ; rétraction musculaire consécutive (Soc. Méd. de Nancy, séance du 14 juin 1933, in Rev. Méd. de l'Est, 1^{er} juillet 1933).
- Hallé (J.) et Rudeaux (P.).* — Un cas de polymyosite infectieuse (Pédiatrie, n° 2, février 1932).
- Huard.* — Myosite staphylococcique du quadriceps fémoral à évolution froide (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, t. LVIII, n° 28, 19 novembre 1932).
- Les myosites et les pseudo-myosites en milieu colonial (Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales, t. XXX, n° 1, janvier, février, mars 1932).
- Lecène (P.).* — Maladies des muscles (Pathologie chirurgicale t. I).
- Lenormant (Ch.).* — Abscès des muscles (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, t. LVIII, n° 28, 19 nov. 1932).
- Long (L. D.).* — Acute non tuberculous ilio-psoas abscess (J. Oklahoma M. A., mars 1927).
- Martin (André).* — Abscès des muscles chez l'enfant (Le Médecin chez lui. Edition clinique, n° 8, avril 1933).

- Maucclair.* — Abscès des muscles (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, t. LIX, n° 7, 25 février 1933).
- Miginiac.* — Nouveau traité de pathologie chirurgicale, t. I.
- Moure (P.).* — Abscès des muscles d'origine mycosique (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chirurgie, t. LIX, n° 12, 1^{er} avril 1933).
- Newburger (B.).* — Metastatic intramuscular gonococcal abscess (Ann. surg., déc. 1926).
- Phillips (H. A.).* — Intermuscular abscesses, with special reference to abscesses of thigh (The British Medical Journal., 11 févr. 1933).
- Picot.* — Abscès des muscles (Bull. et Mém. Soc. nat. Chir., t. LIX, n° 12, 1^{er} avril 1933).
- Riou (M.).* — Un cas de pyomyosite tropicale à abcès multiples et récidivants (Marseille méd., 25 déc. 1930).
- Sabrazès (J.).* — Myosites aiguës, typhoïde et paratyphoïde (Arch. franç. de path. gén. et d'anatomie pathologique, 1922, fasc. II).
- Smith (E. D.).* — Metastatic muscular abscesses (Internat. J. Med. and surg., nov. 1928).
- Suc (R.).* — Contribution à l'étude des abcès musculaires (Toulouse méd., n° 10, 15 mai 1933).
- Vassitch.* — Abscès des muscles ; un cas de polymyosite gonococcique (Bull. et Mém. Soc. nat. Chirurgie, t. LIX, n° 19, 3 juin 1933).
- Wakefield (E. G.).* — Intermuscular abscesses complicating pneumonia (Ann. clin. med., févr. 1927).
- Wolfson (M.) et Bryan (L.).* — Infections muscular erosion and result in lumbar region (Boston M. et S. J., 1^{er} avril 1926).
- Yovtchitch et Vassitch.* — Abscès des muscles (Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir., t. LIX, n° 15, 6 mai 1933).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
I. ETIOLOGIE.....	11
Bactériologie.....	13
II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	15
III. ETUDE CLINIQUE.....	19
a) Forme aiguë.....	19
b) Forme subaiguë.....	21
c) Forme torpide froide.....	21
IV. DIAGNOSTIC.....	23
V. TRAITEMENT.....	27
VI. OBSERVATIONS.....	31
CONCLUSIONS.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45

